Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem

GŁOS POŁOŻNEJ

MIESIĘCZNIK SPOŁECZNO-LEKARSKI

REDAKTOR: Dr med. ALINA BREWDA.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA
WARSZAWA, Żelazna 76 m. 32 tel. 3.22.50. Konto w P.K.O. Nr 811.
Redaktor przyjmuje codziennie od 16 — 18.
Warszawa, Miodowa 11 m. 12, tel. 2.55.55.

CENY OGŁOSZEŃ:
1/1 str. — Zł. 800
1/2 str. — Zł. 400
1/4 str. — Zł. 200

PRENUMERATA:
Półrocznie — Zł. 1.—
Rocznie — Zł. 2.—
Nr pojedyńczy 20 gr.

Rok III. Warszawa, dn. 25 czerwca 1938 r. Nr 6 (19)

MIĘDZYNARODOWY KONGRES POŁOŻNYCH

(Paryż: 11–13 kwietnia 1938 r.)

Ósmy międzynarodowy kongres położnych obradował w tym roku w Paryżu, w gmachu Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu, pod przewodnictwem p. Mossé, naczelnej położnej szpitala „La Maternité".

Kongresy takie zwoływane są co jakiś czas przez Międzynarodowy Związek Położnych, założony w 1922 r. przez prof. Daëls. Stowarzyszenie to, będące zrzeszeniem poszczególnych narodowych Związków Położnych, postawiło sobie za zadanie polepszenie bytu położnej i roztoczenie jak najlepszej opieki nad matką i dzieckiem.

Poprzednie dwa kongresy (w Londynie w 1934 roku i w Berlinie w 1936 r.) spotkały się z wielkim uznaniem zarówno ze strony położnych jak i ogółu społeczeństwa. Kongres paryski w niczym nie ustępował poprzednim kongresom.

Prezesem honorowym Kongresu był prof. Le Lorier z Paryża, a doradcą technicznym — Dr Balard, położnik z Bordeaux.

W obradach Kongresu brało udział 650 delegatek, reprezentujących 70.000 położnych osiemnastu narodowości.

Posiedzenie inauguracyjne odbyło się pod przewodnictwem Justina Godarta, byłego ministra.

Uczestniczki Kongresu powitał prof. Lorier. Pani Mossé wygłosiła referat o sytuacji obecnej położnych. Prelegentka zwróciła uwagę na ciężki stan materialny położnej w różnych krajach. W celu zwalczenia tego kryzysu rządy poszczególnych państw muszą poważnie zainteresować się położną i jej pracą.

Następnie prof. Daëls przypomniał, że już na poprzednich kongresach uchwalono, że położna musi odbyć 3-letni kurs nauk w internacie; poród w domu powinien być zalecany przez czynniki rządowe, ponieważ rodzenie w warunkach domowych posiada wiele zalet zarówno pod względem lekarskim, socjalnym jak i etycznym; przy każdym porodzie powinna obowiązywać obecność położnej, nawet gdy poród odbiera lekarz; do położnej powinna należeć opieka nad matką i dzieckiem.

W dalszym ciągu Kongresu Justin Godart w pięknych słowach zobrazował trudną i odpowiedzialną pracę położnej, wyrażając życzenie, ażeby ten trud i znój przyczyniły się do ugruntowania pokoju powszechnego na świecie. Na Kongresie wygłoszono poza tym jeszcze między innymi następujące referaty:

Pani Péclet: „Nowe ustawy o wykonaniu praktyki położnych w różnych krajach, wprowadzone w ciągu ostatnich 2 lat".

Pani Gauttier: „Położna a władze samorządowe".

Pani Gaudillon: „Rola społeczna położnej".

Pani De Jessé: „W sprawie ubezpieczeń na starość przeciw chorobie i wypadkom przy pracy".

Pani Louis Couvreur: „Poród domowy z punktu widzenia rodzinnego i społecznego".

Spośród uchwał Kongresu specjalnie zwracają na siebie uwagę 2 następujące uchwały: 1) Konieczność wprowadzenia 3-letniej nauki dla położnych; ten okres czasu powinien stanowić maksimum, którego nie należy przekraczać. 2) Utworzenie Izb dla Położnych na wzór Izb Lekarskich i Adwokackich. Zadaniem tych Izb będzie czuwanie nad odpowiednim poziomem moralnym i naukowym członkiń.

Na zakończenie Miss Pye sformułowała stanowisko Kongresu wobec pokoju powszechnego: „Ósmy Międzynarodowy Kongres Położnych oświadcza, że jeżeli katastrofa wojny znowu ogarnie świat, to będzie to wbrew życzeniom mas ludowych we wszystkich krajach, a głównie — wbrew życzeniom matek.

„Położne, których praca idzie w kierunku ocalania życia ludzkiego, ubolewają, że zdobycze nauki, zamiast być wykorzystywane jako środki konstruktywne, używane są w celach destruktywnych.

„Ósmy Kongres zwraca się z apelem do wszystkich Położnych, ażeby niezależnie od miejsca i okoliczności, w jakich się znajdują, pamiętały o więzach, łączących je wzajemnie, i aby pracowały z pełnym poświęceniem dla dobra ludzkości".

Wiara w znachorów

Mimo, że żyjemy w wieku dwudziestym i należymy do krajów kulturalnych, wiara w tajemną wiedzę znachorów i skuteczność ich zabiegów leczniczych nie wygasa. Można ją znaleźć nie tylko we wsiach i małych miasteczkach, ale także i w wielkich miastach wśród warstw oświeconych.

W interesie zdrowia publicznego, władze bardzo pilnie patrzą na palce miejscowym cudotwórcom, ale walka z nimi jest o tyle trudna, że często sami pacjenci ukrywają ich przed odpowiedzialnością. Znachorzy operują sprytnym argumentem, że przyczyną „prześladowań" są lekarze, którzy obawiają się ich konkurencji. Znachorzy nie wahają się wmawiać w swoich naiwnych zwolenników, iż ubezpieczenia społeczne są wymysłem lekarzy, którzy chcą sobie w ten sposób zapewnić stały dopływ pacjentów.

Nowoczesna sztuka lekarska stoi obecnie już tak wysoko, że nie ma przed nią takiej tajemnicy, o której tylko znachorzy wiedzieć mogą. Wszystkie bowiem recepty znachorów i ludowe sposoby leczenia zostały już dawno najskrupulatniej zbadane. Nawet „cudowny" znachor nie posiada metody, o którejby przeciętny lekarz nie wiedział. Jeżeli z niej nie korzysta, to jedynie dlatego, że poczuwa się do odpowiedzialności za zdrowie pacjenta i nigdy nie zaryzykuje lekarstwa, co do którego nie jest całkiem pewny. Znachor natomiast nie krępuje się żadną moralną odpowiedzialnością. Jeżeli jego zabieg nie pomaga, wówczas wmawia w pacjenta, że sam sobie winien, gdyż nie wykonał ściśle jego polecenia.

Znachorzy umyślnie przy leczeniu posługują się dziwacznym ceremoniałem, każą pacjentom swoim wykonywać tajemnicze zabiegi, aby w razie nieudania się kuracji wyjść obronną ręką, zwalając winę na pacjenta. Szczegółowe badania recept znachorskich wykazały, że posługują się lekami, które ani pomóc, ani zaszkodzić nie mogą. Niestety bywa gorzej, gdy znachor zacznie naprawdę „leczyć". Wtedy naiwny pacjent ryzykuje nie tylko pieniądze, ale i zdrowie. Znachor bowiem, nie mając żadnego pojęcia o medycynie i działaniu chemicznym leków, nawet nie zdaje sobie sprawy z tego, że truje pacjenta lub czyni jego chorobę nieuleczalną.

Wobec braku lekarzy w mniejszych ośrodkach, zwłaszcza zaś na wsi, ludność wiejska chętnie korzysta z pomocy znachorów, zażegnywaczy, różnych bab i dziadów „znających". Można było przypuszczać, że chłop ucieka się do pomocy znachora dlatego, że nie stać go na opłacenie wizyty u lekarza, do którego musi zresztą chorego dowieźć. Jednak nietylko czynnik materialny odgrywa tu rolę, ale i kwestia zaufania. Do znachorów zwracają się również zamożniejsi, a nawet inteligenci. W ostatnich czasach znachorstwo stało się modnym nawet w ośrodkach miejskich. Nie ulega wątpliwości, iż przypadkowo znachor może pomóc, zwłaszcza, że odgrywa w ich lecznictwie poważną rolę sugestia. Niektóre środki, stosowane przez znachorów, znajdują wytłumaczenie naukowe, zwłaszcza jeśli chodzi o zioła. Inne również można objaśnić. Medycyna ludowa stosuje wszak okłady z gliny i octu, w wypadkach, gdy lekarz używa płynu Burowa (octanu glinu). Na Kresach Wschodnich słyną znachorzy, którzy zamawiają różę. Szepcąc zaklęcia, wypisują patyczkiem drewnianym na chorej skórze magiczną formułkę. Popularne jest jeszcze po dziś dzień zamawianie bólu zębów.

Do zwalczania znachorstwa zmobilizowały się obecnie organizacje zdrowia publicznego z Czerwonym Krzyżem na czele. Jest nadzieja, że w drodze uświadomienia ludności znachorstwo w Polsce zniknie.

Tępienie znachorstwa powinno być obowiązkiem społecznym każdego uświadomionego obywatela. Powinno się oddawać w ręce władz bezpieczeństwa nie tylko znachorów zawodowych, którzy dla zysku kręcą się po wsiach i osiedlach, gdzie nie ma posterunków policyjnych, ale także i wszystkich domorosłych lekarzy i lekarek, którzy leczą po znajomości i z własnej ambicji.

Ten sposób leczenia jest jak najgorszy. Lekarz jest wtedy naprawdę w bardzo trudnym położeniu: bo najpierw musi usunąć zgubne skutki domowego leczenia, a potem może dopiero przystąpić do właściwej kuracji. Ileż to razy do lekarza w ubezpieczalni zgłaszają się ludzie prości z raną, leczoną domowym sposobem, której już nie można wyleczyć inną drogą, jak tylko przez operację? Ileż to razy domorosły „lekarz" składa złamaną rękę lub nogę, którą potem w szpitalu trzeba jeszcze raz łamać i składać na nowo, by uchronić chorego „wyleczonego" przed kalectwem?

Na punkcie leczenia mamy jeszcze dość dziwne poglądy. Gdy się nam zepsuje samochód, nikomu nie przychodzi do głowy, aby się udać do wiejskiego kowala, i powierzyć mu naprawę tak skomplikowanej maszyny. Nasz organizm jest maszyną stokroć bardziej skomplikowaną, a jednak wielu jeszcze ma odwagę udawać się po poradę do znachora!

Dr med. M. ROZENTAL

Rzadki przypadek ciąży brzusznej donoszonej

27 lipca 1936 r. przybyła na oddział kobieta lat 31, która podała, co następuje: w sierpniu ubiegłego roku zaszła w ciążę (ostatnia miesiączka 5.VIII.35 r.); w październiku wystąpiły bóle w dolnej części brzucha oraz nieznaczne krwawienie z pochwy. Trwało to około 10 dni.

W styczniu 1936 r. poczuła ruchy płodu; od tej pory w przeciągu kilku miesięcy doznawała wciąż jakichś dolegliwości w brzuchu i niepokoju w okolicy serca. Nie gorączkowała. Gdy na początku maja 1936 r. nadszedł okres dojrzałości ciąży, znów wystąpiły silne bóle, lecz już o charakterze porodowym. Poród jednakże nie nastąpił.

W tym samym czasie, wśród lekkiego krwawienia, wydzieliły się z pochwy jakby strzępy tkanki, piersi znacznie się powiększyły i pojawił się obficie pokarm. Ruchy płodu, dotychczas wyraźne, ustały.

W szpitalu, w pobliskim Janowie Lubelskim, lekarze jakoby orzekli, że ciąża jest przenoszona i celem wywołania porodu zastosowali rozmaite zabiegi, lecz bez wyniku. Po 2 tygodniach chorą wypisano ze szpitala. W czerwcu 1936 r. zasięgała porady we Lwowie. Tu zakomunikowano jej, że płód obumarł, ale na razie nie zachodzi konieczność interwencji. Radzono też czekać aż wystąpią samoistne bóle, które spowodują wydalenie płodu. W końcu czerwca i około 20 lipca zjawiła się menstruacja. Wreszcie chora zaniepokojona swym stanem przybyła do Warszawy. Dotychczas zawsze zdrowa, rodziła. 2 razy żywe donoszone dzieci. Na oddziale w badaniu przez powłoki stwierdzono w jamie brzusznej guz wielkości i kształtu płodu w VII—VIII miesiącu ciąży; części przodującej i drobnych nie można było ustalić. Tony płodu niesłyszalne. W rentgenogramie rozpoznano kościec płodu, z główką po stronie prawej, poniżej łuku żebrowego i wyraźnie zarysowanymi częściami kręgosłupa. Badanie przez pochwę wykazało jakoby bezpośrednie przejście z szyjki macicy na trzon ciężarny, zawierający ów przypuszczalny 7—8-iomiesięczny płód. Lecz w dokładniejszym badaniu udało się wyodrębnić macicę prawidłową — tuż pod spojeniem łonowym, a powyżej wymieniony guzowaty twór.

Sprawa stała się jasną, — mieliśmy tu niewątpliwie do czynienia z ciążą zewnątrzmaciczną, z płodem w jamie brzusznej. Byłoby to też zgodne z wywiadami. Zapłodnienie nastąpiło istotnie w sierpniu 1935 r. w jednym z jajowodów; silne bóle w dole brzucha w październiku zbiegły się z procesem wydalenia zapłodnionego jaja przez ostium abdominale do jamy brzusznej; o dalszym biegu rozwoju płodu, zagnieżdżonego w wolnej jamie otrzewnej, świadczyły ruchy, odczuwane przez chorą, poczynając od 5-go miesiąca ciąży aż do dojrzałości płodu. Obumarcie płodu donoszonego, wydalenie doczesnej wśród bóli i lekkiego krwawienia z macicy, oraz znamienne cechy okresu połogowego, jak zjawienie się pokarmu, były tylko dalszym zejściem tak rzadkiej ciąży patologicznej. Dla potwierdzenia rozpoznania wykonano następnego dnia sondowanie macicy i okazało się, że długość jej wynosi 8½—9 cm. Laparatomia odbyła się 3.VIII 36 r. Cięcie podłużne w linii środkowej do wysokości 3 poprzecznych palców powyżej pępka.

W jamie brzusznej płód w błonach, pokryty włóknikiem, zrośnięty z unaczynioną siecią, zlepiony na dużej przestrzeni z jelitami i otrzewną ścienną. Główka płodu poniżej prawego łuku żebrowego, pośladki po stronie lewej, zwrócone ku małej miednicy. Po odłączeniu sieci od błon i nałożeniu kilku podwiązek, wywalcowano płód bokiem do otworu operacyjnego (z naderwanych błon wyciekła nieduża ilość mętno-żółtych wód płodowych), następnie wraz z łożyskiem, obdzielonym od podłoża, wydobyto go na zewnątrz. Łożysko przylegało częściowo do tylnej blaszki wiązadła szerokiego prawego, do otrzewnej ściennej w dole biodrowym, częściowo też było zlepione z siecią i krezką jelit. Krwawienie nieznaczne, gąbczaste; podwiązano zaledwie kilka naczyń. Wydułżony i zgrubiały prawy jajowód usunięto; ręcznie rozczepiono liczne zrosty międzyjelitowe.Macica była wielkości normalnej. Lewy jajowód oraz jajniki niezmienione — pozostawiono. Do zatoki **Douglasa** wprowadzono dren gumowy; jamę brzuszną i powłoki zeszyto.

Przebieg gładki, bezgorączkowy. 12.VIII.38 usunięto dren; 20.VIII.38 pacjentka opuściła oddział w doskonałym zdrowiu.

Płód płci żeńskiej — posiadał wszelkie cechy płodu donoszonego, trochę zmacerowanego. Długość 47 cm., bez wydatniejszych zniekształceń. pępowina krótsza od normalnej. Sekcja płodu zmian w narządach wewnętrznych nie wykazała.

Łożysko kształtu kulistego, wielkości dużej pięści, mało przypominało łożysko zwykłe wewnątrzmaciczne.

Jeżeli zważyć, że od chwili obumarcia płodu do dnia operacji upłynęły przypuszczalnie 3 miesiące, to jasną staje się zmiana i zewnętrznego wyglądu płodu i ołżyska: uległo ono przemianom wstecznym wskutek obliteracji naczyń doprowadzających i zamknięcia zatok łożyskowych; stąd te zmiany zanikowe pępowiny. W usuniętym jajowodzie zmian na błonie śluzowej nie stwierdzono; był tylko wydłużony, nieco zgrubiały i na całej swojej przestrzeni bardzo unaczyniony.

Przechodząc do zagadnienia ciąży brzusznej, rozróżniamy:

a) Ciążę brzuszną pierwotną, gdy jajo zagnieżdża się od razu w pjamie brzusznej. Postać ta jest wyjątkowo rzadka, a przez niektórych autorów podana nawet w wątpliwość, gdyż dla potwierdzenia jej należało by udowodnić, że ani jajowód ani jajnik nigdy nie były pierwotną siedzibą zapłodnionego jaja. Jednak w oświetleniu nowszych badań i w opisach kilku przypadków, postać ciąży pierwotnej brzusznej została niezbicie potwierdzona.

b) Ciążę brzuszną wtórną, w które jaja, pierwotnie zapłodnione i usadowione w jajowodzie, przedostaje się później do jamy otrzewnej i tu, w dość znacznej nieraz odległości od pierwotnego podłoża, zagnieżdża się powtórnie i odbywa dalszy rozwój.Tej postaci nie należy jednak utożsamiać z ciążą, w której płód również rozwijać się może w jamie brzusznej, lecz łożysko jego nadal pozostaje przytwierdzone w jajowodzie. Omawiany przypadek **należy zaliczyć** do postaci brzusznej ciąży wtórnej prawdziwej, tu bowiem miejsce przyczepu łożyska znaleziono w wolnej jamie otrzewnej między jelitami, sięcią i tylną blaszką wiązadła szerokiego, bez jakiejkolwiek łączności z jajowodem; w jamie brzusznej odbył się też dalszy rozwój całego jaja płodowego. Płody prawie donoszone, a tym bardziej donoszone w ciąży brzusznej, należą w spostrzeżeniach klinicznych do wielkich rzadkości. Przeważnie już we wcześniejszych okresach rozwoju płodu następuje obumarcie jego, wzgl. występują burzliwe objawy i ciężkie powikłania, które zmuszają do interwencji chirurgicznej.

Tu obumarły donoszony płód był tylko zmacerowany, gdyż w owodni, w której przebywał, znajdowało się jeszcze nieco wód, co hamowało proces mumifikacji. Postępowanie winno być zawsze operacyjne. Zbyt wielkie niebezpieczeństwo grozi matce w każdej chwili, aby liczyć się z wątpliwą zawsze możliwością donoszenia płodu i wydobycia go żywym.

Dawniej w postępowaniu klinicznym wyczekiwano aż do śmierci płodu, licząc na to, że w jakiś czas zatoki łożyskowe ulegną obliteracji, uda się odłączyć łożysko bez obawy wielkiego krwotoku.

Ostatnio poglądy uległy zmianie. Należy dążyć do jak najszybszego wykonania operacji i starać się usunąć płód z błonami i łożyskiem, gdyby nawet zaszła potrzeba podwiązania dużych naczyń. Tylko w wyjątkowych wypadkach, gdy zachodzą szczególnie niekorzystne warunki zabiegu, wydobywa się jedynie płód, pozostawiając łożysko, wzgl. wszywa błony do rany operacyjnej.

Chcielibyśmy tu zwrócić jeszcze uwagę na niektóre szczegóły godne podkreślenia. Chora nie mogąc doczekać się porodu, udała się początkowo do najbliższego szpitala, lecz tam nie rozpoznano istotnego stanu, skoro były zastosowane zwykłe sposoby w celu wywołania normalnego porodu. Niewątpliwie była badana i przez pochwę. Dowodzi to jak wielkie trudności rozpoznawcze mogą zachodzić w podobnych wypadkach Również i późniejsze badania, przeprowadzone przez bardzo doświadczonych lekarzy, nie ustaliły właściwego rozpoznania. Sprawę traktowano jako missed labour i poradzono czekać aż wystąpią samoistne bóle porodowe. Rozpoznanie właściwe, oczywiście w głównej mierze, następuje dopiero wówczas, gdy udaje się wyseparować małą, prawie normalną macicę z całokształtu guza brzusznego. Ale w czasie kiedy guz, mieszczący w sobie jajo płodowe, zasłania macicę, przesuwa ją ku tyłowi lub pociąga ku górze, wówczas i najbieglejszy klinicysta może istoty sprawy nie rozpoznać. My na oddziale znaleźliśmy się w położeniu bardziej pomyślnym, a to prawdopodobnie dlatego, że objętość guza brzusznego, w czasie przybycia chorej, znacznie się już zmniejszyła, co spowodowało większą łatwość wyodrębnienia normalnej macicy.

Nasuwa się tu jeszcze pytanie, czy w razie ustalenia w porę rozpoznania i operowania w okresie dojrzałości ciąży, możnaby było płód utrzymać przy życiu? Na to odpowiedzieć trudno, aczkowiek tu sekcja płodu wyraźnych odchyleń w narządach wewnętrznych nie wykazała. W świetle danych statystycznych w piśmiennictwie tego przedmiotu większość płodów, wydobytych żywych donoszonych lub prawie donoszonych, dawała tylko słabe oznaki życia; inne ginęły wkrótce po zabiegu operacyjnym. Dalsze losy tych nielicznych uratowanych płodów są nam bliżej nieznane.

Wskazówki praktyczne dla młodych matek



3

Zdawało by się, że wskazówki praktyczne dla młodych matek nie zainteresują szerszego ogółu pp. Położnych, gdyż wykraczają poza ramy ich pracy zawodowej. Tymczasem codzienna poczta przynosi nam obfitą liczbę listów, które świadczą najlepiej, iż zainicjowana przez nas myśl informowania Sz. Czytelniczek naszego pisma o tych wszystkich ogólnych zagadnieniach, które są związane z pielęgnacją i odżywianiem dziecka w pierwszym roku życia — znalazła nie tylko szczere uznanie, ale spotkała się również ze słowami zachęty do dalszego kontynuowania tej publikacji.

W myśl więc tych wskazań naszych Sz. Czytelniczek bieżący odcinek poświęcamy dalszym sprawom odżywiania dziecka.

OD DZIESIĄTEGO DO KOŃCA DWUNASTEGO MIESIĄCA ŻYCIA.

Z początkiem dziesiątego miesiąca wycofujemy ostatnią porcję pokarmu naturalnego, czyli innymi słowy — odstawiamy dziecko od piersi. Jest to fakt niezmiernie ważny w życiu dziecka i może nastąpić wtedy, kiedy jest ono zdrowe i rozwija się prawidłowo. Nie odstawia się dziecka od piersi podczas upałów letnich oraz w okresie dwutygodniowym po szczepieniu ospy.

Racjonalna dieta dziecka nieodstawionego od piersi powinna składać się do końca pierwszego roku życia z poniżej wyszczególnionych dań:

Godzina szósta rano: 180 gramów (= 12 łyżkom stołowym) czystego mleka, 2—3 łyżeczki Fosfatyny Faliera Zwykłej, 2 łyżeczki cukru;

Godzina dziesiąta: 3 łyżeczki kaszki mannej na 200 gramów wody z małą łyżeczką (do herbaty) masła i łyżeczką cukru;

Godzina czternasta: „obiad niemowlęcy";

Godzina siedemnasta: mieszanka owocowa z sucharkiem lub bez sucharka;

Godzina dwudziesta: mleko z Fosfatyną Faliera Zwykłą w tej samej proporcji, w jakiej podaje się dziecku o szóstej rano.

OD TRZYNASTEGO DO KOŃCA PIĘTNASTEGO MIESIĄCA ŻYCIA.

Zasadniczo dieta analogiczna do stosowanej w czwartym kwartale życia, z tą tylko różnicą, że druga porcja, podawana o godzinie 10-ej rano, może być zastąpiona daniem, składającym się z jajka ugotowanego na miękko oraz z 8 do 10 łyżeczek twarożku. Poza tym taki sam obiad, dwa razy mieszanka mleczna z Fosfatyną Faliera Zwykłą i jedno danie owocowe.

W razie stwierdzenia u dziecka skłonności do pokrzywek usuwa się z diety jaja.

OD SZESNASTEGO DO KOŃCA OSIEMNASTEGO MIESIĄCA ŻYCIA.

Okres ten różni się od poprzedniego tym, że na obiad daje się, oprócz zupy i jarzyny, mięso (kotleciki z kury, cielęciny lub móżdżka).

ODŻYWIANIE SZTUCZNE.

Najlepszym pokarmem niemowlęcia jest pokarm naturalny matki. Musimy jednak zrezygnować z niego, kiedy matka jest ciężko chora (gruźlica płuc, cierpienie nerek, ciężka anemia itp.). Wówczas ustalenie sposobu odżywiania dziecka należy do lekarza. W tym miejscu można zaledwie podać zarys sztucznego odżywiania:

W PIERWSZYM MIESIĄCU ŻYCIA, kiedy niemowlę przestaje być noworodkiem, daje się pięć razy po 120 g (8 łyżek stołowych) mieszanki, składającej się z 60 g mleka (4 łyżki stołowe), 60 g wody, 1 łyżeczki Fosfatyny Faliera Specjalnej i 1 łyżeczki cukru zwykłego.

W DRUGIM, TRZECIM I CZWARTYM MIESIĄCU ŻYCIA: pięć razy dziennie po 180 g mieszanki, składającej się z 180 g mleka (8 łyżek stołowych), 60 g (4 łyżki stołowe) wody, 1½ łyżeczki Fosfatyny Faliera Specjalnej i 2 łyżeczek cukru zwykłego.

W PIĄTYM I SZÓSTYM: pojedyńcze porcje dotychczasowej mieszanki zostają zamienione na mieszanki bardziej urozmaicone, a więc dziecko otrzymuje cztery razy wyżej wymienioną mieszankę i raz kaszkę manną na wodzie z mlekiem (6 łyżek stołowych wody, 6 łyżek stołowych mleka, 2 łyżeczki mannej i jedna łyżeczka cukru).

W SIÓDMYM, ÓSMYM I DZIEWIĄTYM (tj. W TRZECIM KWARTALE): 2 razy mieszanka, składająca się z Fosfatyny Faliera Zwykłej) (2 łyżeczki), mleka (8 łyżek stołowych), wody (4 łyżki stołowe) i cukru (2 łyżeczki); 1 raz manna na wodzie z mlekiem; „obiad niemowlęcy" (150 g zupy jarzynowej z łyżeczką masła i 6—8 łyżeczek gęstej przetartej jarzyny); 1 raz porcja owoców (roztarty banan lub jabłko).*

W DZIESIĄTYM, JEDENASTYM I DWUNASTYM (tj. W CZWARTYM KWARTALE): dziecko powinno być odżywiane tak, jak w poprzednim kwartale, z tą jednak różnicą, że mieszanki z Fosfatyną Faliera Zwykłą przygotowuje się na pełnym mleku, a nawet z dodatkiem sucharka.

Mieszanki mleczne z dodatkiem Fosfatyny Faliera daje się niemowlętom sztucznie odżywianym począwszy od szóstego miesiąca życia.

*)Kiedy niemowlę ma pięć lub sześć miesięcy przechodzimy z Fosfatyny Faliera Specjalnej na Fosfatynę Faliera Zwykłą.

d. c. n.

Z zagadnień pielęgniarstwa

Na temat pielęgniarstwa toczy się od dłuższego czasu dyskusja na łamach prasy lekarskiej między p. doc. dr Teofilem Kucharskim a p. Kulczyńską. Z braku miejsca nie możemy omówić szczegółowo poruszanych w tej dyskusji zagadnień, pozwalamy sobie jedynie przedrukować ostatni artykuł p. doc. dr Kucharskiego („Lekarz Polski“ Nr 1 z r. 1938), będący odpowiedzią na uwagi p. Teresy Kulczyńskiej.

Jakkolwiek sprawy pielęgniarstwa nie są najistotniejszymi dla zawodu położnych, to jednak są one tak bardzo związane z charakterem ich pracy, iż cenne uwagi p. doc. Kucharskiego godne są poruszenia.

*

Ogłaszając swój arykuł „w sprawie pielęgniarstwa“, miałem na celu zainteresowanie i choćby pobieżne zaznajomienie z tą sprawą szerszego ogółu lekarzy, którzy ze szkodą, jak sądzę, dla sprawy organizacji służby zdrowia w kraju, wykazują dużą nieznajomość tego tematu i oczywiście obojętność wobec poczynań i nowych faktów w tym zakresie. Ustawa o pielęgniarstwie z r. 1935 i rozporządzenie z r. 1936 noszą na sobie piętno redakcji, nadane im przez pielęgniarki i wykazują dużo usterek i wad. W nowelizacji ustawy winny czynny udział wziąć lekarze, z natury swego wykształcenia zawodowego powołani do ujmowania sprawy pielęgniarstwa pod kątem widzenia organizacji całokształtu służby zdrowia w Polsce. Krytyczne me uwagi o pielęgniarstwie, tworzącym się na podstawie wspomnianej ustawy i rozporządzenia, miały za zadanie przestrzec przed powtarzaniem popełnionych błędów. Z publicystycznego charakteru artykułu wynika, że strony dodatnie szkolenia pielęgniarek w znacznie mniejszym zakresie ująłem niż strony ujemne. Uwagi p. Kulczyńskiej do mego artykułu ze względu na wystąpienie jej w imieniu pielęgniarek pozwoliły czytelnikom zaznajomić się choć częściowo z opinią pielęgniarek na poruszone przeze mnie zagadnienie.

Odpowiedź na uwagi p. Kulczyńskiej daje mi sposobność jeszcze raz przedstawić pokrótce me poglądy na dzisiejszy stan pielęgniarstwa. Muszę zapewnić Szan. Autorkę, że uwagi me nie tylko „nie tyle“, ale w ogóle nie mają na celu osobistego ataku na Jej zasłużoną osobę. Po kolei omówię zastrzeżenia Jej wobec mych opinii:

1) Postawiłem tezę, że ani pielęgniarstwo nie jest równorzędne z medycyną, ani zawód pielęgniarski nie jest równorzędny z zawodem lekarskim, krytykując zdanie Autorki „pielęgniarstwo... jest równorzędnym zawodem, który wprawdzie z zawodem lekarskim współpracuje, ale itd.“ i inne zdanie „medycyna, starsza siostra pielęgniarstwa“. Pielęgniarstwo jest bowiem umiejętnością, medycyna jest nauką i umiejętnością, zawód zaś pielęgniarki jest zawodem pomocniczym dla zawodu lekarskiego. Pielęgniarka nie leczy, leczy lekarz, gdzie jest inaczej, tam jest źle. Leczy bowiem ten człowiek, który ma dyplom i wiedzę lekarską, odpowiada za zdrowie chorego przed nim, jego rodziną i prawem, stawia rozpoznanie i przepisuje leczenie i albo sam je przeprowadza, albo zaleca personelowi pomocniczemu. Nieraz zlecenie lekarza ogranicza się tylko do „techniki“ i pracy pielęgniarskiej; od umiejętności, sumienności, samodzielności pielęgniarki zależy w tych wypadkach wyzdrowienie chorego. Tak rozumiem cytat z artykułu p. dra Bujalskiego, przytoczony przez Szan. Autorkę. Osobiście nieraz mówiłem chorym, którzy odzyskali zdrowie: podziękujcie siostrze, że wam uratowała życie. Ale to nie jest jeszcze leczenie; inaczej musielibyśmy przyjąć, że leczy także aptekarz, dostarczający leków, urzędnik administracyjny, kucharz, palacz w piecu, praczka itd. Jak w szpitalu i prywatnym domu chorego, tak w pracy społecznej decydującą i kierowniczą rolę w kwestii leczenia ma i mieć powinien lekarz. Gdzie jest inaczej, jest źle i stan taki nie może być uważany za normalny. Wymieniłem szereg czynników, współpracujących z lekarzem; od ich wykształcenia, sumienności i podkreślam samodzielności zależy wiele, najwięcej jednak od lekarza. Głoszenie haseł o równorzędności medycyny i pielęgniarstwa, zawodu lekarskiego i pielęgniarskiego jest szkodliwe dla uczennic szkół pielęgniarstwa, bo naraża je na zawód rozczarowania w zetknięciu z rzeczywistością. Praca z inteligentnym personelem pomocniczym jest i miła i skuteczniejsza, ale ciężko jest pracować z inteligentami o przewrażliwionej ambicji i za wysokim mniemaniu o swej pracy. Może moje uwagi, będące wyrazem stanu faktycznego, nie są miłe dla ambicji osobistej pielęgniarek, ale przecież w danej kwestii nie chodzi o ambicję, ale o racjonalną opiekę nad zdrowiem.

2) Jestem zdecydowanym przeciwnikiem zakładania „samodzielnych“ szkół, a zwolennikiem szkół opartych o szpitale, wzgl. kliniki tam, gdzie są skupienia terytorialne klinik. Przemawiają za tym argumenty przede wszystkim szkoleniowe, wychowawcze i ekonomiczne. Uczennica ma się uczyć pielęgnwania chorych i warsztatem jej naukowym jest sala chorych i urządzenia z nią związane, na praktykę szpitalną uczennic przypada z górą trzy czwarte czasu jej studiów. Oddanie kierownictw szkół pielęgn. w ręce dyrektorów szpitali zapewniło by szkołom spokojną, jednolitą, systematyczną, konsekwentnie doskonaloną pracę; podnosiło by zainteresowanie lekarzy i pielęgniarek dla sprawy szkolenia uczennic, usunęło by obecne rozdźwięki na tle kompetencji, uczyniło by szkolenie tańszym i dostępnym dla szerokich kół młodzieży. Nie wyobrażam sobie oczywiście stanowiska dyrektorów szpitali jako kierown... szkół w tej formie, jak obecne stanowisko dyrektorki szkoły. Jak już pisałem w arykule swym, „z jego ramienia kierowałaby szkołą przełożona sióstr“; że taki stan jest możliwy i daje dobre rezultaty, świadczą urządzane w szpitalach kursy dla tzw. sióstr rezerwowych P. C. K.

P. Kulczyńska stara się przekonać, że dotychczasowa organizacja szkół pielęgn. jest dobra, argumentuje jednak w sposób teoretyczny, nie biorąc pod puwagę istotnie najważniejszej sprawy, tj. stanu faktycznego. Powołuje się Autorka i na moją opinię, podnoszącą dobre strony szkół pielęgniarstwa, na co muszę odpowiedzieć, że nie będąc uprzedzonym, widzę dobre strony, ale nie zamykam oczu na ujemne. Mimo kunsztownej argumentacji wnioski Jej nie są przekonujące. Tak np. mówi o instruktorkach szkół: „przed dyrektorem szpitala odpowiada ona za pielęgnowanie chorych we właściwy sposób. Przed szkołą za to, ażeby uczennice we właściwy sposób chorych pielęgnowały“. W innym miejscu mówi: „Otóż jeżeli ustawa orzeka, że w sprawach techniki instruktorka podlega szkole, to ma ona na celu uniknięcie dowolności metod, których się uczy uczennice“. Któż więc ma decydować o „technice“ pielęgniarskiej, która jak już wspomniałem jest często jedyną metodą leczenia, lekarz czy instruktorka pielęgniarska i kogo ma słuchać instruktorka. Czy znalazłby się dyrektor szpitala, któryby przyjął na praktykę uczennice i chciał spełnić dosłownie przepis ustawy. Życie jest mocniejsze od rozporządzenia i dlatego trzeba „przymykać oczy“ i w praktyce instruktorka stosuje się do zaleceń ordynatora, a nie dyrektorki, zresztą bez sprzeciwu tejże. Czy takie kwestie istniałyby w szkołach pielęgniarstwa, związanych organizacyjnie ze szpitalami, i czy dla fikcji mówiącej, że uczennice w szpitalach „w sprawach techniki pielęgniarskiej podlegają szkole“, warto utrudniać szkolenie? Inne sprawy m. i. potanienie kosztów szkolenia uczennic w szkołach pielęgniarskich, związanych organizacyjnie ze szpitalami, omówił niezależnie ode mnie dr Bujalski w Lek. Pol. nr 12/37 na ogół zgodnie z mymi przekonaniami, co wyręcza mnie od odpowiedzi.

Ustalenie się poglądu w sprawie charakteru i organizacji szkół pielęgniarskich uważam za niesłychanie ważne ze względu na palącą konieczność zapewnienia dopływu nowych i licznych sił do zawodu pielęgniarskiego. Mam obawę, by zwycięstwo tezy o „samodzielnych“ szkołach pielęgniarstwa nie doprowadziło do takiego stanu, że Polska dostałaby znowu kilka czy kilkanaście pałaców i by te wspaniałości nie stały puste po kilku czy kilkunastu latach. W ramach odpowiedzi niemożliwym jest przedstawienie szczegółowego poglądu na tę sprawę i dlatego ograniczam się do powyższych uwag.

3) Sprawa wad w wychowaniu uczennic szkół pielęgniarskich wiąże się ściśle z uwagami, poczynionymi pod 1).

4) W sprawie pielęgniarek „dawnych“ i „nowych“ nie robię żadnych różnic i przeciwstawień, robię, tylko różnice między dobrymi i mało wartościowymi bez względu na to, czy są „dawne“ czy „nowe“, nie widzę także w praktyce np. w szpitalu, przeze mnie kierowanym, by między siostrami „dawnymi“ i „nowymi“ istniały przeciwstawienia. Widzę jednak nieraz takie przeciwstawienie wśród władz oficjalnych „nowych“ pielęgniarek. Tak np. instruktorką szkolną w szpitalu może zostać ledwo upieczona absolwentka szkoły, ale nie może zostać „dawna“ siostra, choćby i inteligentniejsza i lepiej fachowo wyszkolona od owej absolwentki. Razi mnie również przesada co do przeceniania wpływów obcych na powstanie nowego pielęgniarstwa. Przecież i inne działy społeczne — nauka, technika, wojsko itd. korzystały i korzystają z pomocy obcych, ale nawiązują do tradycji własnych, a nie podkreślają wpływów obcych. Szanuję zasługi Florence Nightingale, ale dlaczego ciągle się tylko o niej słyszy, a nie słyszy się ani nie czyta o wybitnych pielęgniarkach polskich. Przecież nie dlatego, żeby ich nie było. Jestem przekonany, że i bez wpływów obcych sprawa pielęgniarstwa i szkół pielęgniarskich znalazłyby swe rozwiązanie i może szczęśliwsze niż dochyczasowe. Jak już pisałem za istotną zasługę pielęgniarek, grupujących się koło „Pielęgniarki Polskiej“ uważam silne postawienie na porządku dnia w Polsce sprawy przygotowania nowych pielęgniarek, ale byłoby jeszcze większą ich zasługą, gdyby zadania swe rozwiązały bez powtarzania błędów obcych, z uwzględnieniem warunków krajowych, w ścisłej łączności z tradycją pielęgniarską polską, niewątpliwie w swej istocie piękną.

5) Krytykując organizację szkół pielęgniarskich i ich wyniki, podkreślając pomocniczy charakter pracy pielęgniarek, daleki jestem od niedoceniania pracy pielęgniarskiej i pielęgniarek jako pracownic. Rodzaj i właściwości pracy pielęgniarskiej wymagają wręcz pewnych zalet i cnót, kóre nie bardzo dadzą się pogodzić z wygórowaną ambicją osobistą. Dałem realne dowody dbałości o pielęgniarki i wysokiej oceny ich pracy, znane przecież i Szan. Autorce. Znam dole i niedole pielęgniarki i wiem, że więcej tam jest niedoli niż doli. Nie tylko sam cenię pracę pielęgniarki, ale dbam o to, by inni ją cenili.

(dokończenie obok)

Człowiek rzetelnie pracujący znajdzie wcześniej czy później, ale zawsze — uznanie bez względu na to, czy stanowisko jego jest kierownicze czy pomocnicze.

*

Tyle p. doc. dr Teofil Kucharski. Sprawa ta jest b. istotna i dlatego dobrze byłoby, gdyby i zawód położnych odezwał się w tej materii. Położna i pielęgniarka zbyt wiele mają wspólnego, by sprawy interesujące jedną nie obchodziły drugą. Dyskusja na temat pielęgniarstwa wymaga w każdym razie naszej czujnej uwagi. Wiele bowiem zagadnień dotyczy nas bezpośrednio.

Przegląd prasy lekarskiej

NIEPOWŚCIĄGLIWE WYMIOTY CIĘŻARNYCH.

Voran i Pigeand w wyniku licznych badań nad niepowściągliwymi wymiotami ciężarnych dzielą takie chore na 3 kategorie:

I. Kobiety dotknięte wymiotami zwykłymi i których stan ulega poprawie od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.

II. Kobiety dotknięte ciężkimi wymiotami, lecz posiadające jeszcze pewien dość duży zasób sił biologicznych;

III. Kobiety, których choroba została zaniedbana i wskutek tego przybywają do kliniki w stanie daleko posuniętego ogólnego wyczerpania; na pierwszy plan wysuwa się tutaj zespół objawów o charakterze zatrucia.

We wszystkich przypadkach stosuje się ogólne zwykłe leczenie. Polega ono na absolutnej diecie w ciągu 24 godzin, izolacji połączonej z psychoterapią, podaniu organizmowi wycieńczonemu przez ciągłe wymioty 1000 — 1500 gramów płynów, przy czym połowę tej ilości doprowadza się w postaci roztworu fizjologicznego podskórnie, połowę zaś w postaci roztworu glukozy doodbytniczo; do glukozy należy dodać 4 łyżki chloralhydratu. Po upływie 24 godzin należy podawać małymi ilościami wodę z lodu. Od 4-go dnia można podjąć normalne odżywianie. Zwykłe to postępowanie pomaga u chorego I i II grupy, zawodzi natomiast u chorych grupy III, wobec czego autorzy radzą ze względu na ciężki, niemal groźny, stan pacjentek, przerwać ciążę.

Trillat i Beruay radzą w cięższych przypadkach stosować przepłukiwanie dwunastnicy, co może dać zupełne ustanie wymiotów.

Służba domowa i moralne niebezpieczeństwo

W rezolucjach, które pozwięto na X. Międzynarodowym Kongresie Komitetów Walki z Handlem Kobietami i Dziećmi, odbytym w Paryżu w listopadzie 1937 r., oddzielny rozdział poświęcono sprawie służby domowej i moralnemu niebezpieczeństwu.

Rezolucje te brzmią, jak następuje:

a) Stowarzyszenia społeczne i opiekuńcze winny zdać sobie sprawę, że prace domowe nie są zawodem dającym się pogodzić z anomaliami fizjologicznymi lub mentalnymi, chyba, że będą wykonywane pod specjalnym nadzorem.

b) Należy popierać akcję społeczną i ustawodawczą w celu podniesienia poziomu moralnego, intelektualnego i technicznego służących i lepiej zorganizować warunki ich pracy

c) Należy specjalnie dbać o wyszkolenie zawodowe służby domowej przez otwieranie w miejscowościach, w których istnieje czasowa lub stała najsilniejsza emigracja ze wsi do miast, kursów, szkół i zakładów specjalnych oraz takichże szkół w miastach.

d) Należy likwidować biura i prywatne ajencje pośrednictwa pracy dla służby domowej, prowadzone jako przedsiębiorstwa dochodowe, i zastąpić je biurami prowadzonymi przez władze publiczne lub organizacje społeczne i opiekuńcze.

e) Działalność tych biur należy uzupełnić szeroko pojętą akcją opiekuńczą, wychowawczą i rozrywkową.

f) Kongres prosi Komitety Narodowe Walki z Handlem Kobietami i Dziećmi o podjęcie usilnej propagandy, aby Rządy ich krajów nie akceptowały projektu międzynarodowej konwencji w sprawie zniesienia płatnych biur pośrednictwa pracy bez formalnego zastrzeżenia, że w projekcie tej konwencji biura pośrednictwa pracy prowadzone przez instytucje społeczne, nie mające na celu żadnych zysków finansowych, nie będą zaliczone do dochodowych biur pośrednictwa pracy.

DZIAŁ prawny

Zwalczanie gruźlicy

Minist. opieki społecznej opracowuje projekt ustawy o zwalczaniu gruźlicy, który będzie złożony izbom ustawodawczym na najbliższej sesji sejmu.

W myśl projektu lekarz ma obowiązek zgłaszania do lekarza powiatowego każdego stwierdzonego przypadku gruźlicy, który mógłby być niebezpieczny dla otoczenia, ponadto musi zawiadomić o każdej zmianie miejsca zamieszkania osoby chorej na gruźlicę oraz o zgonach na gruźlicę.

Projekt omawia również sprawę zakładania, urządzania i prowadzenia zakładów przeciwgruźliczych dla dzieci i dorosłych. Projekt przewiduje powołanie głównego komitetu do walki z gruźlicą przy ministerst. opieki społecznej oraz komitetów walki z gruźlicą przy urzędach wojewódzkich, dzięki czemu nastąpi zespolenie zwalczania gruźlicy, prowadzonej przez instytucje i organizacje społeczne.

Projekt zawiera sankcje przeciw osobom niestosującym się do przepisów ustawy, sięgające do 1000 złotych grzywny lub do miesiąca aresztu.

SKRZYNKA pocztowa

Odpowiedzi redakcji

Maria Pyłypiec, egz. położna, w Tadaniu: W tej sprawie zechce się Pani skomunikować z Sekretariatem Związku Położnych Rzplitej P., Warszawa, Hoża Nr 56.

St. Krz., Łódź: Postaramy się uwzględnić życzenie Pani. Sprawom pielęgniarstwa chętnie poświęcamy łamy naszego pisma. Dziękujemy za miłe słowa.

W. Romanowska, położna, w Dotykach: W tej sprawie odpowiedzi może udzielić tylko Zw. Położnych Rzplitej P., Warszawa, Hoża 56.

Czy jesteś członkiem L. O. P. P.

WIADOMOŚCI organizacyjne

**KOMUNIKAT
Związku Położnych Małopolski Wschodniej we Lwowie.**

Zarząd Związku Położnych Małopolski Wschodniej we Lwowie rozesłał następujące pismo do wszystkich lekarzy powiatowych trzech województw Małopolski Wschodniej:

Do
JW. Pana Dra
Lekarza powiatowego
w . . . . . .

Na Zjeździe Ogólno-Polskiego Związku Zawodowego Położnych w Warszawie uchwalono zorganizowanie Związków powiatowych, wchodzących jako oddziały do Związków Zawodowych Wojewódzkich, które znowu wchodzą w skład Ogólno-Polskiego Związku Położnych Rzeczypospolitej Polskiej.

Zarząd Związku Zawodowego Położnych we Lwowie postanowił przeto zorganizować te najmniejsze komórki - oddziały powiatowe i w tym celu zwraca się z prośbą do JW. Pana Doktora, aby raczył łaskawie udzielić swojego poparcia przy zwołaniu pracujących położnych na terenie podlegającym JW. Panu Doktorowi i doniesienie o oznaczonym terminie — gdyż na to zebranie może przyjechać delegatka ze Lwowa, dla szczegółowego opracowania i stworzenia takiego oddziału.

Z wysokiem poważaniem
sekretarka: Za Zarząd przewodcząca:
Jaworska Leszczyszynowa

Równocześnie Zw. Poł. Małop. Wschodniej we Lwowie zapytuje Panów Lekarzy Powiatowych, czy nie dysponują wolnymi posadami położnych samorządowych, na które mogłyby reflektować bezrobotne położne ze Lwowa?

CO WARTO przeczytać

E w a C u r i e: Maria Curie, z 85 ilustracjami, przekład Haliny Szyllerowej. Wyd. J. Przeworskiego, str 449.

Fascynująca książka o życiu Marii Skłodowskiej. Proste i bezpośrednie słowa córki o wzlotach i załamaniach życia wielkiej matki, i o jej drodze do sławy. Przed oczyma czytelnika przewijają się świetnie odczute koleje życia Marii Skłodowskiej, poprzez skromne i ciężkie warunki bytowania w domu ojca, profesora liceum, poprzez atmosferę patriotyzmu i żywego odczuwania tragedii uciskanego narodu — do niebotycznych wyżyn osiągnięć nauki, kiedy człowiek już przestaje być własnością tego czy innego narodu, kiedy należy już do całego świata.

Zdawało by się, że Maria w pewnej fazie swego życia, pozostaje guwernantką na zapadłej prowincji. Lecz zwycięża niepohamowana żądza wiedzy. Żarliwe jej usiłowanie szuka ujścia i poprzez pracę nauczycielki, oraz akcję oświatową na polu zwalczania analfabetyzmu wśród polskich dzieci chłopskich, toruje sobie konsekwentnie drogę życia. Fanatyczce pracy udaje się osiągnąć swój pierwszy cel. Studiuje nauki przyrodnicze w Sorbonie.

Zaczyna się życie studenckie w najcięższych warunkach, życie w Paryżu za 40 rubli miesięcznie... ale Maria, otaczana troskliwością swej siostry Broni, lekarki w Paryżu, i jej męża również lekarza, dra Kazimierza Dłuskiego, ani na chwilę nie załamuje się. Wchłania nauki Sorbony i upaja się pracą. Na przyszłość snuje plany powrotu do kraju. Nie stać jej na zbyt długi pobyt w Paryżu. Ukończy studia i wróci do kraju, by tam dalej pracować...

Na drodze życia Marii Skłodowskiej staje uczony fizyk, Pierre Curie i już po krótkiej znajomości, wspólna platforma zainteresowań zbliża ich tak, że nie wyobrażają sobie życia zdala od siebie. Maria Skłodowska staje się panią Curie.

Płyną lata szczęśliwe, trwa ciężka, nieustanna, entuzjastyczna, wyczerpująca praca, nagrodzona i ukoronowana odkryciem pierwiastków promieniotwórczych, polonium i radium.

Droga do sławy otwarta. Odznaczenia, zaszczyty, dwukrotna nagroda Nobla. Praca jednak nie ustaje ani na chwilę. Przy wyczerpującym wysiłku naukowym, przy ciężkich obowiązkach zawodowych, małżonkowie znajdują wiele czasu dla swych dzieci, a Maria myślami często wraca do swej dalekiej ojczyzny... Polski...

Jakiś fanatyzm pracy ożywia Piotra i Marię Curie. O Marii wszak powiedział Albert Einstein, że była jedyną znaną mu sławną istotą, której sława nie zepsuła... skromność do ostatnich posunięta granic i ewangeliczna prostota czyniły z niej jakieś nieziemskie, ascetyczne zjawisko.

Jak grom z jasnego nieba spada na Marię ciężki cios — śmierć Piotra Curie, który ginie w nieszczęśliwym wypadku. W życiu powstaje odtąd nigdy niezapełniona próżnia, choć wkrótce znowu odzyskuje spokój ducha i poświęca się zupełnie wychowaniu dzieci oraz kontynuowaniu rozpoczętych z mężem prac naukowych.

Rok 1914. Przypomnijmy sobie, że rentgenologia była jeszcze podówczas w powijakach. Wszak podczas wielkiej wojny nastąpił jej kolosalny rozwój. Maria Curie-Skłodowska organizuje słynne „wozy Curie", samochody oddane przez patriotów do jej dyspozycji i zaadaptowane przez nią jako lotne stacje rentgenowskie.

Rentgenowskie wozy Curie kursują po wszystkich frontach wojennych. Maria Curie organizuje kilkaset lotnych stacji, niestrudzona, niezmordowana i nie znająca przeszkód, sama czasem przy kierownicy, przenosi się błyskawicznie z odcinka na odcinek frontu, organizując, niosąc pomoc, prześwietlając...

Po wojnie wraca do pracy naukowej i dydaktycznej. Obejmuje katedrę w Sorbonie. Wszechświatowa sława Marii Curie już jest ustalona. Przy ul. Pierre Curie powstaje pod jej osobistym nadzorem, Instytut Radowy. W Warszawie, w stolicy odrodzonej ojczyzny, powstaje również Instytut Radowy jej imienia. Córka Irena kontynuuje prace naukowe rodziców...

W roku 1934 Maria Curie dokonywa żywota z powodu anemii aplastycznej, której nabawiła się pracując nad ciałami promieniotwórczymi.

Uwieczniony przez Ewę Curie obraz jej wielkiej Matki uderza głębokim wyczuciem psychologii. Wprost podziwu godnym jest fakt, że urodzona i wychowana we Francji, Ewa Curie umiała tak świetnie wżyć się w polskość swej matki i tak wiernie odzwierciadlić ducha tej dziedziny życia Marii Skłodowskiej-Curie.

Nad książką Ewy Curie unosi się najbardziej bezpośrednio odczuty duch Piotra i Marii Curie.

Alina Brewda

Różne wiadomości

Mleko dla niemowląt

Poradnie niemowlęce przy miejskich ośrodkach zdrowia wydały bezpłatnie w marcu rb. przeszło 9.000 l. mleka i około 64.000 butelek mieszanki.

Polski Związek Przeciwgruźliczy

W dniu 10 ub. m. odbyło się w Warszawie Zwyczajne Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego przy licznym udziale przedstawicieli towarzystw przeciwgruźliczych z całego kraju. Do prezydium Zebrania zaproszono dr Cz. Kujawskiego, prezesa Wojew. Tow. Przeciwgruźliczego w Tarnopolu, jako przewodniczącego i dr St. Karasińskiego, jako sekretarza. Walne Zebranie przyjęło do wiadomości sprawozdanie prezesa P. Z. P. dyr. Dep. J. Adamskiego uraz udzieliło Zarządowi absolutorium za r. 1936/37. Przedmiotem obrad był stan działalności przeciwgruźliczej na terenie Państwa. Walne Zebranie dało wyraz przekonaniu, że konieczne jest najrychlejsze wprowadzenie ustawy o zwalczaniu gruźlicy, gdyż odraczanie uchwalenia ustawy jest szkodliwe dla całości walki z gruźlicą. Walne Zebranie powzięło uchwałę, polecającą Zarządowi Związku czynienie wszelkich starań i wysiłków, aby w ustawie o zwalczaniu gruźlicy, będącej obecnie w Sejmie, przeprowadzono konieczne uzupełnienia, w myśl dezyderatów, wysuwanych przez szereg lat przez Walne Zebrania Związku oraz wypowiedzianych ostatnio przez przedstawicieli świata lekarskiego. Walne Zebranie wypowiedziało się dalej za wzmożeniem akcji propagandowej i uświadamiającej w społeczeństwie, dalej za ruszeniem z miejsca sprawy tworzenia domów izolacyjnych dla nieuleczalnie chorych oraz za należytym uposażeniem poradni przecigruźliczych. Walne Zebranie stwierdziło z zadowoleniem stan pomyślnej współpracy na terenie walki z gruźlicą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i ubezpieczalni społecznych. Po uchwaleniu budżetu P. Z. P. na rok 1938/39 dokonano wyborów uzupełniających do Zarządu P. Z. P.

Zwiększenie się liczby pielęgniarek PCK

Odbyła się w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa PCK. piękna doroczna uroczystość wręczania dylomów z ukończenia Szkoły 23 absolwentkom. Po przemówieniach: Dyrektora Szkotała PCK. — Prof. Dr B. Szareckiego, Dyrektorki Szkoły — p. M. Żmudzkiej, Przewodniczącej Korpusu Sióstr — Marii hr Tarnowskiej oraz pp. Wandy Strojnowskiej — w imieniu absolwentek i Wandy Stegmanówny — w imieniu słuchaczek, opuszczające Szkołę absolwentki złożyły następujące ślubowanie, streszczające w kilku lapidarnych słowach obowiązki i zadania pielęgniarki:

„Przyrzekam i obiecuję być wierną idei Czerwonego Krzyża, przestrzegać nakazów etyki zawodowej, wypełniać swe obowiązki sumiennie, nie uchylać się od opieki nad żadnym chorym i dążyć do szerzenia zasad zdrowotnych i higieny życia codziennego na terenie mej pracy."

Szkołę Pielegniarstwa PCK, istniejącą już od 9 lat, ukończyło dotychczas 288 pielęgniarek zawodowych.

Leczenie ubogich chorych

W dniu 1 stycznia br. na koszt gminy stoł. przebywało na kuracji w zakładach leczniczych 3.843 ubogich mieszkańców Warszawy, w tym 1.285 w szpitalach miejskich oraz 2.558 w zakładach nie należących do miasta.

Największa liczba łóżek opłacanych przez Zarząd m. Warszawy przypada na oddziały psychiatryczne (1.947 łóżek) oraz oddziały przeciwgruźlicze (704 łóżka).

Wypoczynek wśród gór a zdrowie

Polska posiada na południowych rubieżach jedne z najpiękniejszych gór na świecie — Tatry. U stóp ich rozpościera się przepiękna dolina podtatrzańska. Ponieważ wyjazdy wakacyjne „w góry" mają za cel główny wypoczynek, poprawę zdrowia i powrót do sił, warto więc przypomnieć o tym, co daje pobyt w rejonach podgórskich.

Jak już powszechnie wiadomo klimat górski posiada najwięcej wartości dla organizmu ludzkiego, albowiem wpływa na wzmocnienie ustroju, podnosi siłę jego odporu, zwiększa ilość ciałek krwi i wzmaga również ich odporność. Wybitny też wpływ wywiera pobyt w klimacie wysokogórskim na płuca oraz na cały układ nerwowy. W następstwie tych wartości do wskazań leczniczych w tych okolicach, a zwłaszcza w Zakopanem należą choroby płucne, a przede wszystkim gruźlica płuc w jej stadium początkowym i przewlekłym, oraz gruźlica kostna, dalej choroby układu nerwowego, choroba Basedowa, zimnica, blednica, a wreszcie otyłość na tle upośledzonej przemiany materii oraz nerwica urazowa. Dobrze wpływa klimat górski na dzieci chore na krzywicę, na dzieci słabowite ze schorzeniami górnych dróg oddechowych, ponadto na młodzież słabowitą, obciążoną dziedzicznie skłonnością do gruźlicy.

Ciekawostki

OPERATOR BEZ NÓG

We Francji zmarł znany chirurg, dr Joachim Marchal. Dotknięty w swoim czasie chorobą Burgera, był zmuszony poddać się sam amputacji obu nóg. Chodził w protezie. Na szczęście, ręce nie przestały działać świetnie i Marchal czynił dziwy.

Kiedyś odejmował pacjentowi nogę. Pacjent był bardzo przygnębiony.

— Patrz pan — zawołał chirurg — i tak ma pan sto procent więcej szans, niż ja!

I pokazał swoją protezę. Chory uspokoił się natychmiast.

(Kur. Warsz. Nr 105 — 1938 r.)

POPRZEDNI NUMER „GŁOSU POŁOŻNEJ" zawierał:
Stan pomocy położniczej we Lwowie
Jeszcze kilka słów o naszej pracy na wsi
Upławy i ich leczenie
Z naszych uzdrowisk
Doniosłe rezolucje Kongresu Bezpieczeństwa Pracy
o r a z
STAŁE DZIAŁY.

Wydawca: FELIKSA CHOIŃSKA.
Zakłady drukarskie B-ci Wójcikiewicz w W-wie.